

**Über die Häufigkeit psychoreaktiver
Störungen in der Lebensmitte der Frau**

cand. med. Peter Helmich

Aus der Nervenlinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. med. K. Kollé

Über die Häufigkeit psychoreaktiver Störungen
in der Lebensmitte der Frau

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
cand. med. Peter Helmich
aus
Brüggen / Niederrhein



1957

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Privatdozent Dr. med. E. J. Meyer

Dekan: Professor Dr. med. B ü n g e l e r

Tag der mündlichen Prüfung: 12. 12. 1957

Inhaltsverzeichnis:

Seite:

Einleitung	1
Methodik	3
Ergebnisse	6
Besprechung der Ergebnisse	10
Vergleich mit Paralleluntersuchungen	23
Zusammenfassung	26
Literaturangaben	27
Lebenslauf	29



Digitized by the Internet Archive
in 2026

E i n l e i t u n g

In der Medizin ist heute nicht nur Körperliches, sondern ebenso Seelisches Gegenstand ärztlicher Tätigkeit und Forschung. Es gilt, daß Krankheit in der Genese wie in der Symptomatik sowohl vom Somatischen wie vom Psychischen bestimmt wird. Wie weit das somatogene Krankheitsgeschehen im psychogenen Bereich eine entsprechende oder nur ähnliche Gesetzmäßigkeit hat, ist noch weitgehend ungeklärt.

Wir behandeln die Frage, ob zwischen Art der psychoreaktiven Störung und Alter der Frau eine Beziehung aufzuweisen ist.

Jede menschliche Lebensphase hat durch ihre Lebenssituation und körperliche Entwicklungsstufe bedingte Anforderungen zu überwinden.

Bei körperlichen Krankheiten wissen wir, daß gewisse Krankheitsbilder eine Tendenz zur Manifestation in bestimmten Lebensaltern zeigen. Wie jedes Alter für manche Krankheiten besonders anfällig, ist es gegen andere mit großer Wahrscheinlichkeit gefeit. H. Hamperl spricht hier von der sog. Altersdisposition. Die Kenntnis der Pathogenese der Krankheiten, das Wissen um die Funktions- und Reaktionsweise des Organismus läßt hierfür in manchen Fällen ausreichende Begründung angeben. Die Frage, wie weit das Auftreten psychoreaktiver Störungen Beziehungen zu bestimmten Lebensaltern aufweist, soll hier mit statistischen Methoden angegangen werden.

Psychoreaktive Störungen werden dort auftreten, wo Wollen, Sollen und Können in Disharmonie stehen. Die Diskordanz der Funktionen, die zu mangelhafter Integration und Geschlossenheit der Persönlichkeit führt, ist nach Kahn allgemeines Kennzeichen der abnormen Persönlichkeit. Braun definiert die abnorme Reaktion als das Resultat der Wechselwirkung zwischen einer Erlebnisemotion und der Persönlichkeit des Reaktionsträgers. Je größer die Diskrepanz zwischen Emotionsstärke und Festigkeit der Persönlichkeit ist, umso weniger wird das Erlebnis eine echte Verarbeitung erfahren. Eine labile Persönlichkeit wird einem Erlebnis schon unterliegen, das den Gefestigteren unberührt läßt, dagegen kann jeder "normale" Mensch abnorm reagieren, wenn die verursachende Emotion stark genug ist. (Abnorme Reaktion ist hier nur als seelisch bedingt gebraucht.)

Das psychoreaktive Verhalten wird in den Lebensphasen vermehrt zu Störungen, zu "seelischen Krisen" (Kolle) führen, wo die Lebenssituation an sich

schon von besonderer Problematik ist. Man kann zwei typische Situationen seelischer Anforderung unterscheiden: einmal den Übergang und Beginn eines neuen Lebensabschnittes, zum anderen das der Persönlichkeit und einer gegebenen Situation adäquate Meistern einer Lebensphase.

Die hier zu untersuchende Lebensmitte der Frau zeigt beide Grundsituationen. In der ersten Hälfte (etwa die 30 - 45jährigen) muß die Ehe und das Familienleben gemeistert werden, oder die Ledige muß mit dem Allein-Leben, der Unerfülltheit ihrer weiblichen und mütterlichen Wünsche oder dem Beruf fertig werden. Die zweite Hälfte (die 45-60jährigen) beginnt einen neuen Lebensabschnitt, das Alter. Die Kinder, ein wesentlicher Lebensinhalt der Frau, verlassen die Familie. Die körperliche Umbildung im Klimakterium ist so stark, daß die ganze Persönlichkeit dadurch belastet wird. Die weiblichen Reize schwinden, aus der Frau wird die Matrone (Kolle).

H. Liepmann hat bei den 'psychogenen Folgeerscheinungen' zwei Arten von Entstehungsmodi unterschieden. Einmal handelt es sich um unmittelbar primäre Wirkung der Gemüterschütterung auf das Zentralnervensystem, die neben körperlichen Sensationen auch psychische Alterationen herbeiführt. Diese somatopsychischen Auswirkungen werden von Liepmann 'thymogen' genannt.

Der zweite Entstehungsmodus ist der mittelbare, sekundäre, 'ideagene'. Nicht die Gemüterschütterung selbst, sondern das Wissen um ihre möglichen Folgen mit den affektiven Momenten der Befürchtungen, Wünsche, Hoffnungen, entfaltet seine krankmachende Wirkung (F. Panse).

Wir führen diese Unterscheidung an, weil wir den 'ideagenen' Entstehungsmechanismus bei den psychoreaktiven Störungen in der Lebensmitte der Frau von besonderer und erklärender Bedeutung halten. Wie später im einzelnen angegeben, fanden wir im Rahmen unserer Untersuchung nur bei einem kleinen Prozentsatz der Patientinnen in einer einmaligen Erlebnismotion einen wesentlichen Entstehungsfaktor für eine abnorme Reaktion. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren Lebenssituationen oder Erlebniskomplexe die eigentliche Ursache für die abnorme Verhaltensweise.

Der oben angedeutete Wandel einmal in der Persönlichkeit der Frau und zum anderen in der Art der Anforderungen im Alter zwischen 30 und 60 Jahren läßt eine unterschiedliche Form und Häufigkeit des psychoreakti-

ven Verhaltens erwarten. Es ist Gegenstand dieser Arbeit, zu prüfen, ob bestimmte Altersgruppen in verstärktem Maße eine psychoreaktive Störung zeigen und ob für sie bestimmte psychoreaktive Mechanismen besonders häufig sind. Über die Verteilung der reaktiven Störungen auf die einzelnen Altersstufen haben wir im Schrifttum größere statistische Untersuchungen nicht gefunden.

Methodik

Es wurden die Jahre 1953/54/55 bei den 30 bis einschließlich 59jährigen Patientinnen der Universitätsnervenklinik München untersucht. Es sind nur die psychoreaktiven Störungen erfaßt, die klinisch-psychiatrischer Behandlung bedurften. Die ambulanten Fälle blieben bei dieser Untersuchung unberücksichtigt. Die statistische Auszählung stützt sich ausschließlich auf Krankengeschichtsunterlagen. Neben der Diagnose werteten wir vor allem die Anamnese und die Epikrise oder den zusammenfassenden Arztbrief aus. Erst- und Wiederaufnahmen wurden nicht unterschieden. Diagnostisch unklare oder unzureichend untersuchte Fälle wurden ausgeschieden und sind als nicht aufgenommen gewertet worden. Bei eindeutig organischen oder schizophrenen Krankheiten wurde auf das Studium der Krankengeschichten verzichtet. Dagegen wurde bei den organischen Erkrankungen, wo psychische Beteiligung möglich schien, wie bei wirbelsäulenabhängigen Beschwerden oder Beschwerden nach Kopftraumen, die Anamnese auf verwertbare Angaben hin durchgesehen, die eine psychogene Überlagerung nachwiesen.

Bei den Cyklothymen sind alle Krankengeschichten durchgelesen worden. Die auf Grund stationärer Beobachtung erstellten Gutachten sind wie Krankengeschichten gewertet worden.

Um dem Ergebnis der Untersuchung eine möglichst prüfbare Grundlage zu geben, wurden die psychoreaktiven Störungen in K e r n - und R a n d - g r u p p e n eingeteilt. Es sind in der Kerngruppe nur solche Kranke aufgeführt, bei denen die klinische Diagnose und das Studium der Krankengeschichte eine organopathologische Beteiligung oder eine endogene Psychose nicht nachweisen ließen, wie Süchtige oder Suizidale. Die Randgruppe

enthält alle die Fälle, bei denen psychoreaktive Momente u n d körperliche Befunde die Symptomatik bestimmen, wie Zustand nach Commotio mit neurotischer Fixierung der Beschwerden oder cervicales Syndrom bei abnormer psychasthenischer Persönlichkeit. Zur Randgruppe zählten wir aber auch jene gerade zur Zeit des Klimakteriums häufigen Fälle, bei denen eine Depression mit endogener Symptomatik eindeutig psychoreaktiv in Gang gebracht war und unterhalten wurde.

Es war unser Wunsch, die Kerngruppe weiter aufzuschlüsseln, um in die altersmäßige Beteiligung einzelner wichtiger klinischer Syndrome Einblick zu gewinnen. Wir unterteilten die Kerngruppe in sechs Untergruppen, diese enthalten jeweils Kranke, deren hervorstechendste Verhaltensweise das Gruppenmerkmal ergab, z.B. Depressive, Süchtige. Die untersuchten Fälle erlaubten es nicht, die Untergruppen nochmals zu gliedern, um damit eine weitere Einengung und schärfere Begrenzung der Reaktionstypen zu erreichen.

Die Kerngruppe wurde unterteilt in

- Suicidversuche
- Süchtige
- reaktive Depressionen
- funktionelle psychogene Störungen
- Neurosen
- Psychopathien

Eindeutig bestimmt und daher sicher zahlenmäßig festzulegen waren nur die Suicidversuche und die Süchtigen; verhältnismäßig gut abgrenzbar erschienen auch die Gruppe der reaktiven Depressionen und der funktionellen psychogenen Störungen.

Wir fügten die Neurosen und Psychopathien als weitere Gruppen an, da ihre getrennte Auszählung von klinischem Interesse ist. Es sei darauf hingewiesen, daß die Einteilung in Neurosen und Psychopathien nicht nach exakt bestimmten Kriterien gehandhabt wurde, sondern der unscharfen Begrenzung der Begriffsinhalte entsprechend in gewissem Umfang nur klinik-üblicher Unterscheidung entspricht. Wir erinnern in diesem Zusammenhang daran, daß in der anglo-amerikanischen Literatur der Begriff der Psychopathie kaum mehr gebräuchlich ist.

Eine Schwierigkeit der Gruppenbildung ergab sich insofern, als häufig bei

den Psychopathen und seltener bei den Neurotikern Kranke sowohl in die eine als in eine andere Gruppe gehörten. Wir versuchten methodisch der gestellten Aufgabe gerecht zu werden, indem wir aus diesen alle diejenigen herausnahmen, die suicidal, süchtig oder reaktivdepressiv waren oder an einer funktionellen psychogenen Störung litten und sie in der entsprechenden Gruppe aufführten.

E s i s t a l s o j e d e r K r a n k e n u r e i n m a l u n d z w a r i n d e r G r u p p e g e f ü h r t, d i e a m b e s t e n a b g r e n z b a r w a r.

In der Gruppe der Neurosen sind neben den so klinisch diagnostizierten Krankheitsbildern die abnormen Reaktionsweisen gezählt worden, die bei nicht psychopathischer Persönlichkeit in keine der anderen Untergruppen paßten, wie nervöser Erschöpfungszustand, reaktiver Rausch, psychogene Rückenschmerzen u.a.

Altersmäßig wurde immer je ein Jahrzehnt zusammen erfaßt, so daß alle Gruppen für jedes Jahr dreimal ausgezählt wurden, für die 30 - 39jährigen, die 40 - 49jährigen und die 50 - 59jährigen. Der einfacheren Schreibweise wegen werden im Folgenden die 30j., 40j. und die 50j. als Bezeichnung für ihr Jahrzehnt gebraucht.

E r g e b n i s s e

Von 5494 weiblichen Aufnahmen in den drei Jahren waren 3554 Frauen im Alter von 30 - 59 Jahren. (Abgezogen sind hier schon 54 diagnostisch unklare Fälle.)

Von den 3554 Patientinnen sind

30j.	1048	=	29,5 %
40j.	1384	=	38,9 %
50j.	1122	=	31,6 %

Die Aufnahmen verteilen sich auf die Jahre

1953

30j.	404
40j.	556
50j.	<u>415</u>
	1375

1954

30j.	323
40j.	428
50j.	<u>333</u>
	1084

1955

30j.	321
40j.	400
50j.	<u>374</u>
	1095

Von 3554 weiblichen Kranken der Jahrgänge 1953 - 54 - 55 waren

3124	=	87,9 %	organ. od. endog.-psychotisch und
430	=	12,1 %	psychoreaktiv erkrankt.

Die Verteilung auf die drei Altersgruppen ergab folgende Zahlen:

organisch oder endogen-psychotisch

30j.	863	=	27,6 %
40j.	1231	=	39,5 %
50j.	1030	=	32,9 %

psychoreaktiv (hier Kern- und Randgruppe gemeinsam)

30j.	185	=	43,0 %
40j.	153	=	35,6 %
50j.	92	=	21,4 %

Das Verhältnis von organischen und psychoreaktiven Erkrankungen im einzelnen war folgendes:

	<u>organ. od. endog. psychot.</u>	<u>psychoreaktiv</u>
<u>1953</u>		
30j.	335	69
40j.	500	56
50j.	<u>384</u>	<u>31</u>
	1219	156
	=====	=====
<u>1954</u>		
30j.	262	61
40j.	381	47
50j.	<u>309</u>	<u>24</u>
	952	132
	=====	=====
<u>1955</u>		
30j.	266	55
40j.	350	50
50j.	<u>337</u>	<u>37</u>
	953	142
	=====	=====

Die Auszählung der Gruppen ergab folgende Werte:

		30j.	40j.	50j.
Suicid- versuche	1953	18	11	5
	1954	9	2	2
	1955	<u>5</u>	<u>-0</u>	<u>1</u>
		32 = 60,4 %	13 = 24,6 %	8 = 15,0 %
Süchtige	1953	9	8	4
	1954	5	4	1
	1955	<u>8</u>	<u>4</u>	<u>2</u>
		22 = 48,9 %	16 = 35,5 %	7 = 15,6 %
Reaktive Depressio.	1953	11	9	1
	1954	9	8	1
	1955	<u>10</u>	<u>7</u>	<u>11</u>
		30 = 44,8 %	24 = 35,8 %	13 = 19,4 %
Funktio- psychog. Störungen	1953	5	4	2
	1954	6	5	0
	1955	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
		11 = 37,9 %	12 = 41,4 %	6 = 20,7 %
Neurosen	1953	8	3	6
	1954	15	5	7
	1955	<u>16</u>	<u>9</u>	<u>3</u>
		39 = 54,2 %	17 = 23,6 %	16 = 22,2 %
Psycho- pathen	1953	13	5	2
	1954	1	3	3
	1955	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>4</u>
		19 = 45,3 %	14 = 33,3 %	9 = 21,4 %

Erläuterungen und Besprechung dieser Zahlen geben wir auf S. 10

Die altersmäßige Aufgliederung der Randgruppe ergab folgende Zahlen:

	30j.	40j.	50j.
1953	5	16	11
1954	16	20	10
1955	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>12</u>
	32 = 26,2 %	57 = 46,7 %	33 = 27,1 %

Die Aufgliederung in Kern- und Randgruppe ergab für die drei Altersstufen von 1953 bis 1955:

	Kerngruppe	Randgruppe
30j.	82,1 %	17,9 %
40j.	63,2 %	36,8 %
50j.	63,8 %	36,2 %

In der jüngsten Altersgruppe ist die Kerngruppe deutlich am stärksten vertreten. Im vierten und fünften Jahrzehnt finden wir einen größeren Prozentsatz der organisch überlagerten psychoreaktiven Störungen. Die Aufteilung der 40- und 50jährigen in Kern- und Randgruppe ergibt ein fast gleiches Prozentverhältnis.

Besprechung der Ergebnisse

Es soll ausdrücklich betont werden, daß die ausgezählte Häufigkeit bestimmter Reaktionsweisen in den drei untersuchten Altersgruppen durch das relativ kleine Zahlenmaterial, das der Untersuchung zu Grunde liegt, kein abschließendes Bild ergeben kann. Es sind nur Unterlagen für weitere Untersuchungen gegeben worden, die sich mit der Klärung des hier behandelten Problems befassen. In diesem Sinne möge die nun folgende zusammenfassende Übersicht der Ergebnisauswertung verstanden sein.

In den drei untersuchten Jahren wurden die 40jährigen am häufigsten (38,9 %) in der Klinik aufgenommen. Es folgen die 50jährigen (31,6 %), und am schwächsten war die jüngste Altersgruppe vertreten (29,5 %). (Fig. 1)

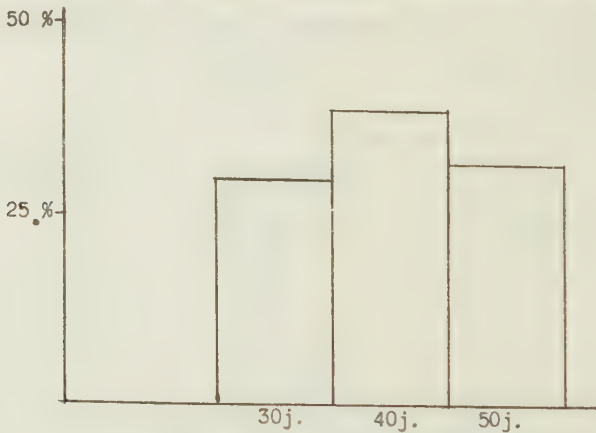


Fig. 1

Gesamtaufnahmen von 1953 - 1955

Die Beteiligung innerhalb der Altersgruppen mit den organischen oder endogen-psychotischen Erkrankungen entspricht ungefähr dem Aufnahmeverhältnis (39,5 % 40jährige, 32,9 % 50jährige, 27,6 % 30jährige). (Fig. 2)

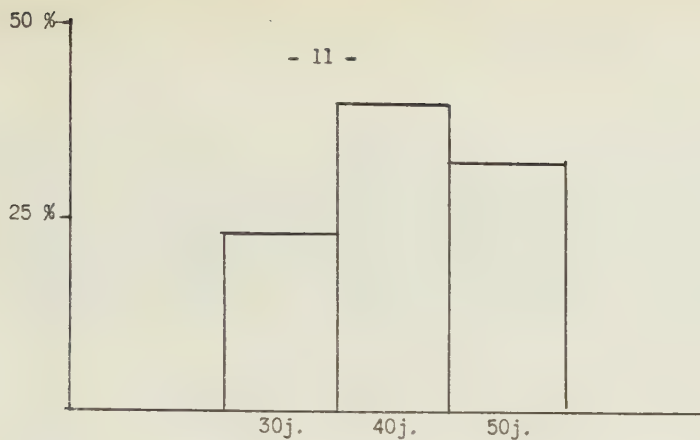


Fig. 2 Organische oder endogen-psychotische Erkrankungen

Die altersmäßige Auszählung der psychoreaktiven Störungen (Kern- und Randgruppe gemeinsam) dagegen ergab ein ganz anderes Bild. Bei geringster Aufnahmezahl sind die 30jährigen am häufigsten vertreten (43,0 %), es folgen mit deutlichem Abstand die 40jährigen (35,6 %). Die 50jährigen sind, wie bei den Gesamtaufnahmen und den organischen Erkrankungen auch hier am schwächsten vertreten, jedoch ist der Abfall wesentlich stärker als bei den organischen oder endogen-psychotischen Erkrankungen; die 30jährigen sind gut doppelt so häufig als die 50jährigen in dieser Gruppe gezählt worden (21,4 %). (Fig. 3)

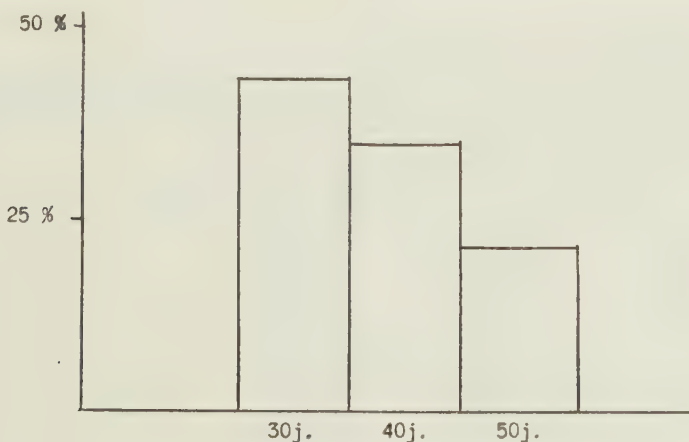


Fig. 3 Kern- und Randgruppe gemeinsam

In Figur 4 zeigen wir die Aufgliederung in Kern- und Randgruppe innerhalb der drei Dezennien. Wir sehen, daß im 5. und 6. Jahrzehnt die Randgruppe fast gleich groß und jede etwa doppelt so stark als im 4. Jahrzehnt ist. Unsere Zahlen zeigen, daß psychoreaktive Störungen bei den 30jährigen häufiger als bei den 40- und 50jährigen ohne organische Beteiligung auftreten.

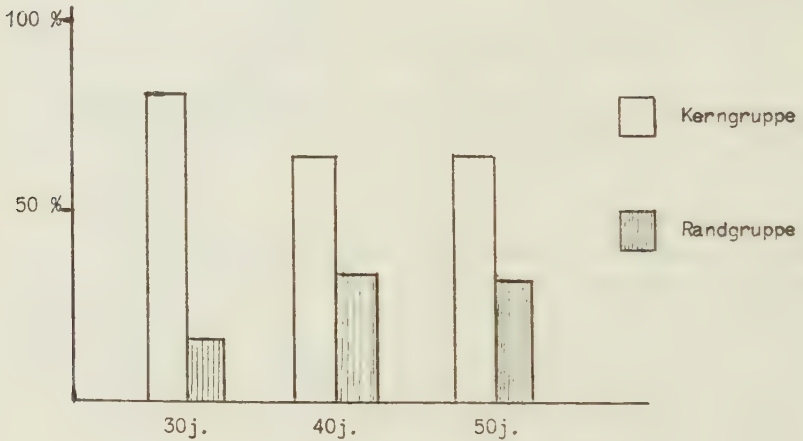


Fig. 4

Um einen Überblick über die Größe der dieser Untersuchung zugrundeliegenden Aufnahmezahlen zu geben, führen wir die Stärke der einzelnen Gruppen (für 30- bis 59jährige gemeinsam auf). (Fig. 5)

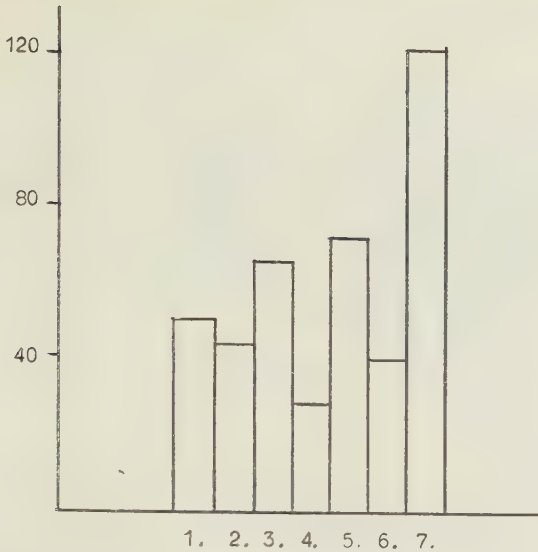


Fig. 5

1. Suicidversuche	53	5. Neurosen	72
2. Süchtige	45	6. Psychopathen	42
3. Reaktive Depressionen	67	7. Randgruppe	122
4. Funktionelle psychogene Störungen	29		

In Tabelle 1 zeigen wir, wie groß innerhalb der drei Dezennien jeweils die prozentuale Beteiligung an den oben angeführten psychoreaktiven Störungen ist (ohne Randgruppe). Die Gruppen wurden ihrer Stärke nach geordnet.

30j.		40j.	
Neurosen	39=25,5%	Depressionen	24=24,5%
Suicidversuche	32=20,5%	Süchtige	18=18,4%
Depressionen	30=20,0%	Neurosen	17=17,3%
Süchtige	22=14,4%	Psychopathen	14=14,3%
Psychopathen	19=12,4%	Suicidversuche	13=13,3%
Funktionelle psychogene Störungen	11= 7,2%	Funktionelle psychogene Störungen	12=12,2%

Tabelle 1

50j.	
Neurosen	16=27,5%
Depressionen	13=22,4%
Psychopathen	9=15,5%
Suicidversuche	8=14,0%
Süchtige	6=10,3%
Funktionelle psychogene Störungen	6=10,3%

Tabelle 1

Einer statistischen Untersuchung von G. Ullmann, die an derselben Klinik für denselben Zeitraum die Häufigkeit psychoreaktiver Störungen bei Männern im Alter zwischen 30 und 59 Jahren untersuchte, entnehmen wir die Zahlen, die wir des Vergleiches wegen in Tabelle 2 wiedergeben. (s.a. Seite 25)

30j.		40j.	
Süchtige	46=34,0%	Süchtige	73=47,5%
Neurosen +		Suicidversuche	31=20,8%
Psychopathien	38=27,0%	Depressionen	37=19,6%
Depressionen	33=21,0%	Neurosen +	
Suicidversuche	24=18,0%	Psychopathien	35=13,0%

50j.	
Depressionen	24=38,0%
Süchtige	28=38,0%
Neurosen +	
Psychopathien	19=14,0%
Suicidversuche	7=10,0%

Tabelle 2

Kerngruppe

Die Auszählung der S u i c i d v e r s u c h e hat ergeben, daß 32 Pat. bei den 30jährigen, 13 bei den 40jährigen und 8 bei den 50jährigen in der Klinik aufgenommen wurden (60,4%, 24,6%, 15,0%). Ein deutliches Überwiegen der jüngsten Altersgruppe und die geringe Anzahl der 50jährigen den 40jährigen gegenüber läßt erkennen, daß der Suicidversuch mit zunehmendem Alter in abnehmender Häufigkeit auftritt. (Fig. 6)

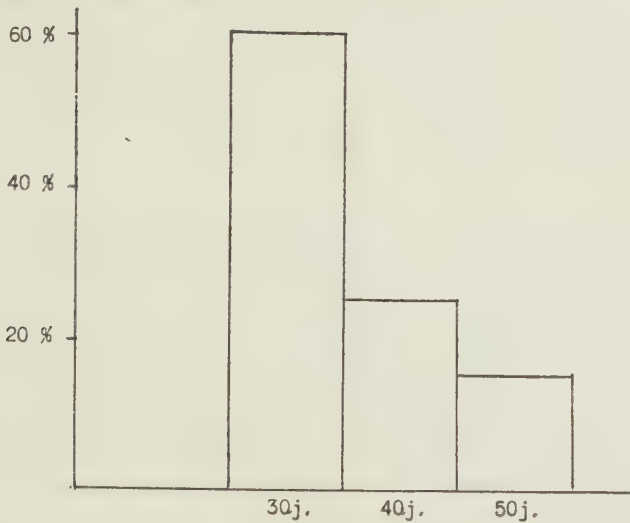


Fig. 6

Suicidversuche

Es erscheint bemerkenswert, daß von 32 Suicidalen der 30jährigen in 26 Fällen (etwa 81%) die Konfliktsituation in ehelich-häuslichen Umständen angegeben wurde. Zweimal führte wirtschaftliche Notlage und viermal andere Gründe zum Freitodversuch.

Bei den 40jährigen ist etwa von 50% und bei den 50jährigen von nur 33% die familiär-eheliche Situation als Grund für den Todeswunsch genannt.

Nach Angaben des Bayerischen Statistischen Landesamtes gab es im Jahre 1955 etwa 4% mehr 40jährige verheiratete Frauen als 30jährige und etwa 4% 50jährige als verheiratete 30jährige. So kann aus dem oben angegebenen Verhältnis der Konfliktsituationen geschlossen werden, daß die Reak-

tionsweise der Frau in einer unglücklichen Ehe sich insofern wandelt, als der Suicidversuch in zunehmendem Alter als Reaktion abnimmt. Voraussetzung für diese Folgerung ist die Annahme, daß die Zahl der 'unglücklichen Ehen' in den untersuchten Altersstufen nicht wesentlich voneinander abweicht. Für diese Annahme konnten wir belegende Unterlagen nicht zugänglich machen.

Es sei darauf hingewiesen, daß bei allen drei Gruppen die Häufigkeit der Suicidversuche von 1953 bis 1955 abnahm, was besonders auffällig bei den 40jährigen ist. Hier stehen 11 Suicidale im Jahre 1953 zweien 1954 und keiner 1955 gegenüber. Wieweit diese Abnahme nur eine Schwankung innerhalb eines Zeitintervalls von drei Jahren ist, oder eine echte Verminderung der Suicidversuche darstellt, läßt sich durch das hier untersuchte Material nicht unterscheiden.

Auffallend ist die Tatsache, daß in Bayern 1953, 1954, 1955 die erfolgreichen Suicide in den untersuchten Jahrgängen von Jahr zu Jahr zugenommen haben. (1955 waren es bei den 30- bis 60jährigen 16,4% mehr als 1953).

Es ist aufschlußreich, daß die Beteiligung der drei Altersgruppen bei den erfolgreichen Suiciden eine ganz andere ist als bei den gescheiterten. Von der Gesamtzahl der Suicidversuche der 30- bis 59jährigen waren, wie im einzelnen die Tabelle S. 9 wiedergibt, 60,4% 30jährige, 24,6% 40jährige und nur 15,0% 50jährige. Dagegen waren nur 24,4% 30jährige, jedoch 37,8% 40jährige und 36,8% 50jährige bei den erfolgreichen Suiciden beteiligt. (Fig. 8)

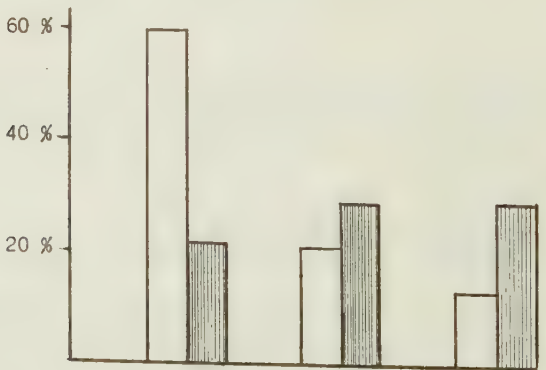


Fig. 8



Suicidversuche



Suicide

Wieweit den häufigen Suicidversuchen der 30jährigen demonstrative Motive und wieweit echter Todeswunsch zugrundeliegen, wäre lohnend zu prüfen.

Bei den S ü c h t i g e n finden wir eine sehr ähnliche altersmäßige Verteilung wie bei den Suicidversuchen. Die 30jährigen wurden am häufigsten süchtig (48,9%), es folgen die 40jährigen (35,5%), und die 50jährigen machen nur ein Drittel der 30jährigen aus (15,6%). (fig. 9)

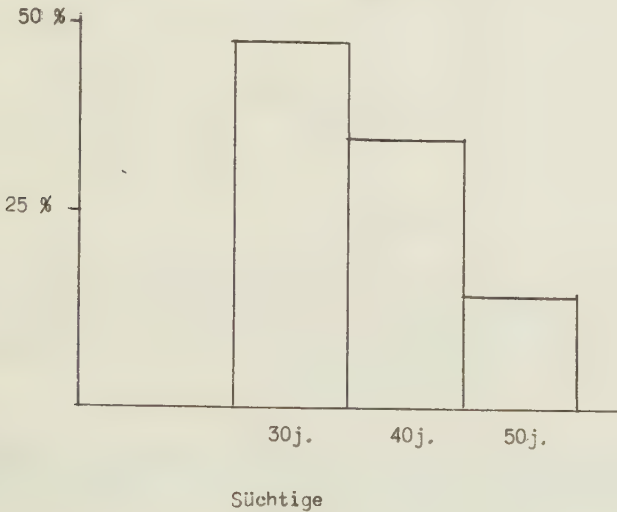


Fig. 9

Fanden wir ein Maximum der süchtigen Frauen im 4. Jahrzehnt, wird dieses Ergebnis durch eine statistische Arbeit von Chr. Dobroschke gestützt. Bei einem Untersuchungsmaterial von 1021 Süchtigen (Männer und Frauen) fand Dobroschke, daß die meisten Frauen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren süchtig waren.

Die Form der Sucht ergab bei allen drei Gruppen ein ähnliches Bild: die Mehrzahl der Patientinnen litt an einer Arzneimittelsucht (82,2%). Nur wenige waren alkoholsüchtig (17,8%).

Die reaktiven Depressionen traten ebenfalls mit zunehmendem Alter seltener auf; jedoch war der Abfall von den 30jährigen zu den 50jährigen gering, wogegen die 50jährigen fast nur die Hälfte der 40jährigen an reaktiven Depressionen aufwiesen. (Fig. 10)

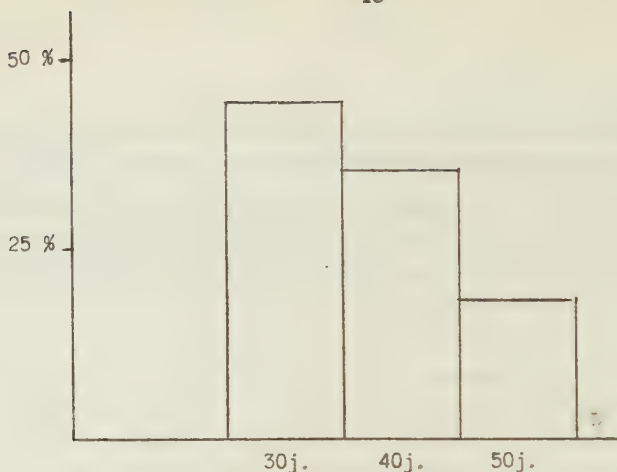


Fig. 10

Reaktive Depressionen

Es muß erwähnt werden, daß 1953 und 1954 bei den 50jährigen nur je ein Fall und 1955 11 die Gesamtzahl der Depressiven dieser Altersgruppe ergaben. Bei dieser erheblichen Abweichung innerhalb von drei Jahren sind die Ergebnisse nicht als gesichert anzusehen.

Anders als bei den Suicidversuchen ist hier bei den 30jährigen die Konfliktsituation in nur 11 Fällen durch die Ehe gegeben; war dagegen eine unglückliche Liebe nur einmal auslösend für einen Freitodversuch, bewirkte sie fünfmal eine reaktive Depression. 14 Kranke gaben andere Gründe an.

Bei den 40jährigen und 50jährigen ließ sich keine Konfliktsituation auffinden, die durch Häufigkeit hervorragte. Berufliche, wirtschaftliche Sorgen sowie Tod eines Nahestehenden führten in den meisten Fällen zu der Depression.

Die hier gefundenen Maximalwerte bei den 30jährigen und die wesentlich größere Erkrankungshäufigkeit bei den 40jährigen den 50jährigen gegenüber finden eine gewisse Bestätigung in der Statistik von A. Stucki. Die umfassende Arbeit, die von 26 schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten in 16 Jahren die Depressionen statistisch erfaßt hat, gibt bei den reaktiven Depressionen ein Maximum für die 39- und 40jährigen Frauen an.

Bei den funktionellen-psychogenen Störungen zeigt die Beteiligung der einzelnen Altersgruppen ein neues Bild; hier haben 30- und 40jährige fast gleichviel Kranke (11 und 12), während die 50jährigen nur halb so oft in einer nicht adäquat gelösten Situation mit einer funktionellen Störung reagierten. (Fig. 11)

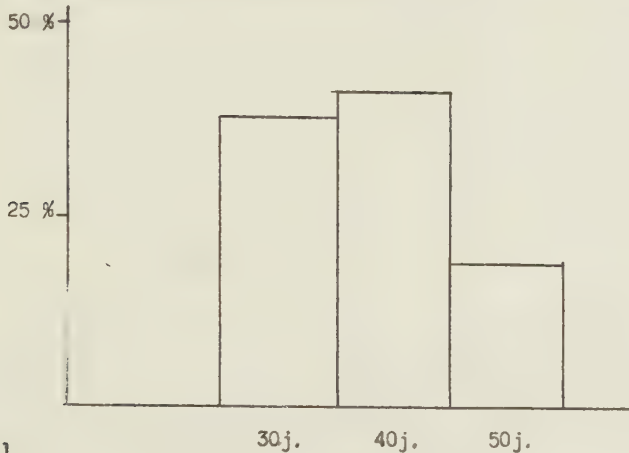


Fig. 11

Funktionelle-psychogene Störungen

Die Altersgruppen ließen sich in der Wahl der psychogenen Störung nicht unterscheiden. Es wiederholten sich in allen drei Gruppen, im wesentlichen entsprechend der Gesamtanzahl der Kranken innerhalb der Dezennien, Gangstörungen, Tremor der Extremitäten, Sprachstörungen als Stottern, Dysphonie und Aphonie, psychogene Anfälle, sowie im ganzen je ein Fall von Facialistic, psychogener Blindheit, Blinzeln und gestörter Sensibilität an den Füßen wurden gezählt.

Meistens war die Symptomatik unmittelbar nach einem bestimmten, von der Patientin erinnerbaren Ereignis aufgetreten. Dieses 'auslösende' Ereignis konnte nicht immer mit der Konfliktsituation in Beziehung gesetzt werden, jedoch wurde durch manche funktionelle psychogene Störung ein unmittelbarer Hinweis auf den bestehenden seelischen Konflikt gegeben. (Z.B. berichtete eine Patientin mit Schluckstörung ohne jeden organ-pathologischen Befund von ihrem robusten, vitalen Ehemann, der alles Unangenehme "einfach herunterschlucken" könne. Sie sei dazu nicht imstande, weil sie das Leben und den Alltag zu schwer nähme. Ihr Mann habe sie immer wieder aufgefordert, ihre Zweifel und Ärger "herunterzuschlucken".)

Die Gruppe der *N e u r o s e n* zeigt wieder eine erheblich stärkere Beteiligung der 30jährigen, die 40- und 50jährigen sind fast gleich oft vertreten (39, 17, 16). (Fig. 12)

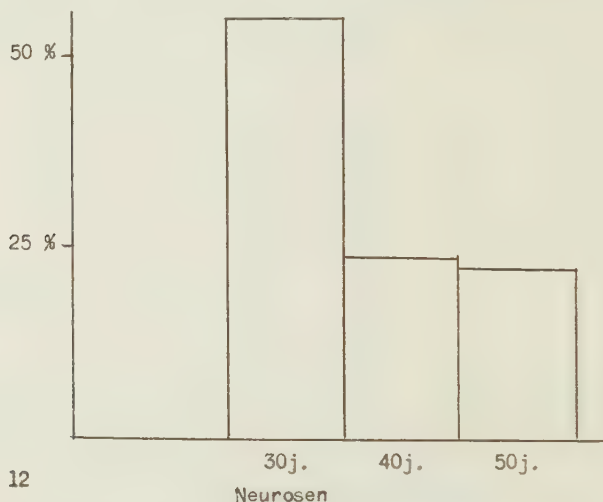


Fig. 12

Vergleicht man die Zahlen von 1953 und 1955, ist auffallend, daß bei weniger Gesamtaufnahmen die Neurosen häufiger wurden. Bei den 30jährigen hat sich die Anzahl verdoppelt (8 - 16), bei den 40jährigen sogar verdreifacht (3 - 9). Eine Ausnahme bilden die 50jährigen, ja hier ist es sogar umgekehrt, denn 1953 waren es doppelt so viele als 1955 (6 - 3). Die starken Schwankungen während der drei Jahre bei den kleinen Zahlen lassen den begrenzten Aussagewert der hier gefundenen Ergebnisse deutlich werden.

Ob die Neurosen in den einzelnen Altersgruppen bevorzugte Formen bzw. Inhalte zeigten, ließ sich im Rahmen dieser Arbeit nicht prüfen, da die Unterlagen hierfür kein ausreichendes Material darstellten.

Bei den *P s y c h o p a t h e n* zeigte sich wieder das Bild der abnehmenden Häufigkeit mit zunehmendem Alter (19, 14, 9). (Fig. 13)

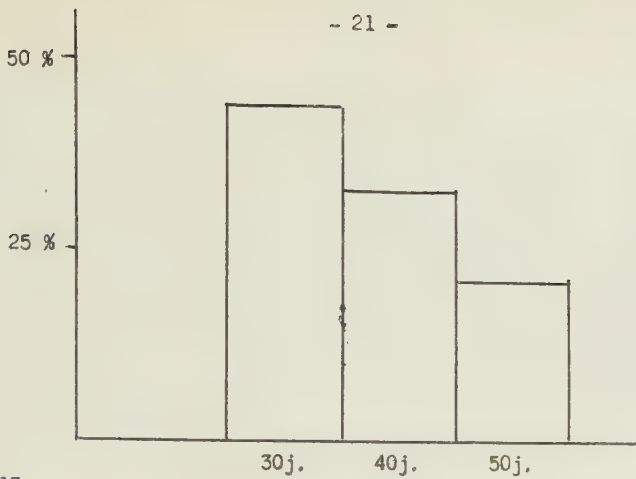


Fig. 13

Psychopathen

Es sei wieder erwähnt, daß bei den 30jährigen eine starke Schwankung während der drei Jahre in der Auszählung festgestellt wurde. 13 Psychopathinnen 1953 stehen einer Psychopathin 1954 und 5 1955 gegenüber. Eine durchschnittliche Beteiligung der 30jährigen ist der großen Schwankung wegen hier nicht sicher zu entnehmen. In den beiden anderen Altersgruppen schwankt die Häufigkeit unwesentlich.

Unsere Ergebnisse sind mit den Angaben von A. Bostroem in Einklang zu bringen. Bostroem schreibt, daß zwischen 20 und 30 Jahren der Lebensabschnitt sei, wo bei psychopathischer Persönlichkeit psychopathische Reaktionen am häufigsten auftreten.

Die Randgruppe ist bei den 40jährigen am stärksten vertreten; die 50jährigen, die mit psychisch überlagerten organischen Krankheiten aufgenommen wurden, sind nur um einen geringen Prozentsatz zahlreicher als die 30jährigen, die etwa die Hälfte der 40jährigen ausmachen. (Fig. 14)

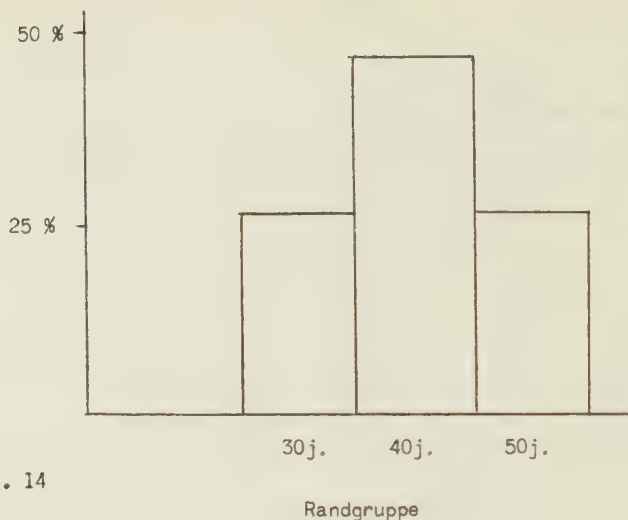


Fig. 14

Bei den 'organischen' Diagnosen traten in allen drei Gruppen die wirbelsäulenabhängigen Beschwerden besonders häufig auf, was vor allem bei den 50jährigen deutlich hervortrat: von 33 Kranken der Randgruppe waren 12 mit wirbelsäulenabhängigen Beschwerden, die von einer reaktiven Depression überlagert waren. Bei 10 Patientinnen wurden klimakterische Beschwerden mit neurotischen Symptomen diagnostiziert.

Bei den 40jährigen waren von 57 Patientinnen 15 mit psycho-reaktiv ausgelöst oder unterhaltenen klimakterischen Depressionen während der drei Jahre in der Klinik aufgenommen worden, wobei die als 'endogene Depression' bezeichneten Krankheitsbilder in dieser Altersgruppe mit zu den klimakterischen gezählt wurden, sofern nicht eine Zugehörigkeit zum zyklischen Formenkreis nachgewiesen war. Wie groß der Prozentsatz der klimakterischen Depressionen mit psychischer Beteiligung in Wirklichkeit war, läßt sich diesen Angaben nicht endgültig entnehmen, da wir manchmal das Krankheitsbild mitbestimmende psycho-reaktive Faktoren mit Sicherheit nicht ausschließen konnten.

Auch bei den übrigen organischen Erkrankungen wie cerebrale Durchblutungsstörungen sowie andere kreislaufabhängige Beschwerden, Hyperthyreosen, Ischias, Menière und anderen, war in allen drei Altersgruppen die psychische Symptomatik meist als Depression gegeben.

Bei den posttraumatischen Kopfbeschwerden, meist Gutachten, dominierte als psychisches Moment ein Rentenwunsch, der jedoch nur in wenigen Fällen eindeutig als eigentliche Rentenneurose anzusprechen war.

Vergleich mit Paralleluntersuchungen

In Fig. 15 zeigen wir, wie sich die Zahlen der jüngeren und älteren als von uns untersuchten Frauen mit psychoreaktiven Störungen zu den von uns gefundenen Werten verhalten. Wir verwerteten die Ergebnisse der statistischen Untersuchung von Reisinger, der für denselben Zeitraum an derselben Klinik die 20 - 29jährigen und älteren als 59jährigen Frauen erfaßt hat. In Fig. 15 geben wir die Kerngruppe, in Fig. 16 die Randgruppe wieder. Den Vergleich mit dem Ergebnis der Paralleluntersuchung der Männeraufnahmen geben wir auf S. 25.

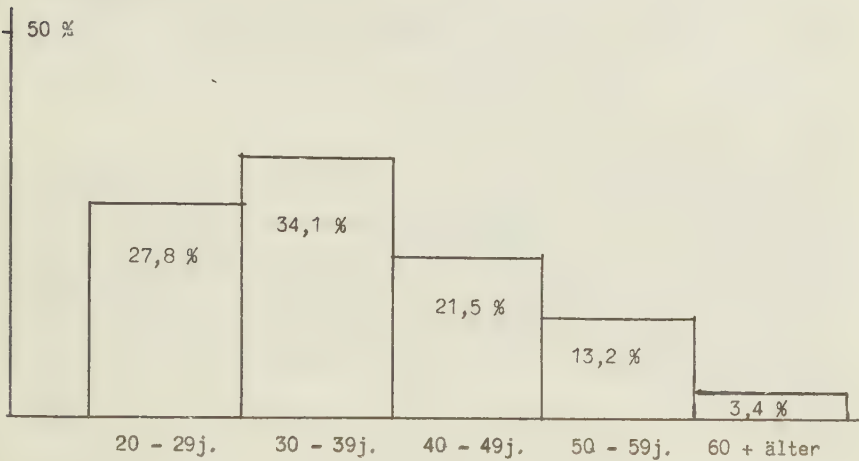


Fig. 15

Kerngruppe Frauen

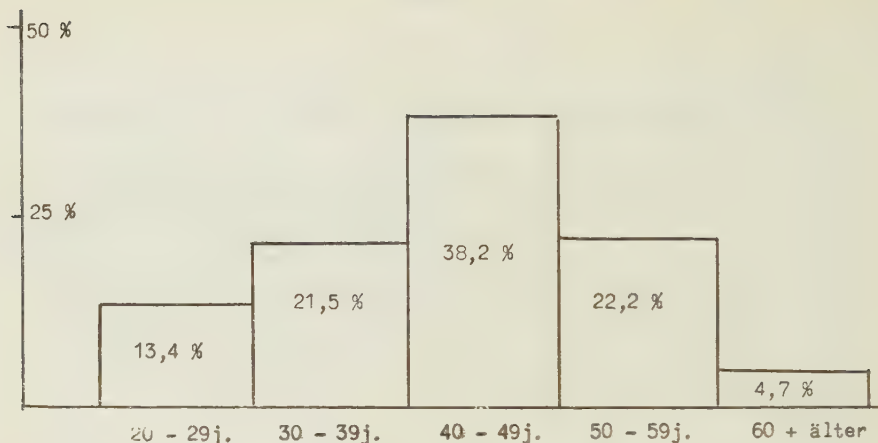


Fig. 16

Randgruppe Frauen

Es erscheint aufschlußreich, hier die Arbeit von D. Schlegel anzuführen. Schlegel untersuchte die altersmäßige Verteilung von 2080 psychoreaktiv erkrankten Frauen der Jahre 1939 - 1945. Das Ergebnis dieser Arbeit zeigt zwar ein Erkrankungsmaximum im dritten Lebensjahrzehnt (bei uns im vierten Jahrzehnt, s. Fig. 15), jedoch ergibt sich auch aus dieser Untersuchung eine abnehmende Häufigkeit der psychoreaktiven Störungen bei zunehmendem Alter. (Fig. 17)

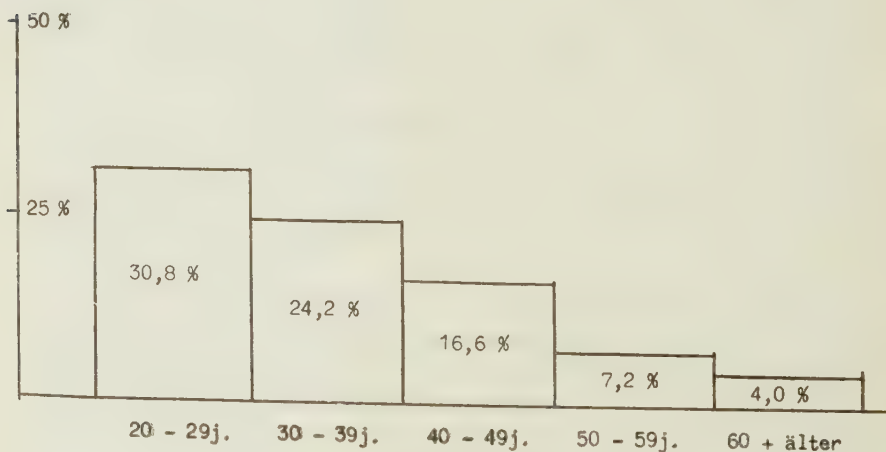


Fig. 17

Kerngruppe Frauen (nach Schlegel)

Den Arbeiten von G. Ullmann und A. Reisinger haben wir die altersmäßige Aufgliederung der psychoreaktiven Störungen bei Männern entnommen, die wir zum Vergleich hier wiedergeben. (Fig. 18 und 19)

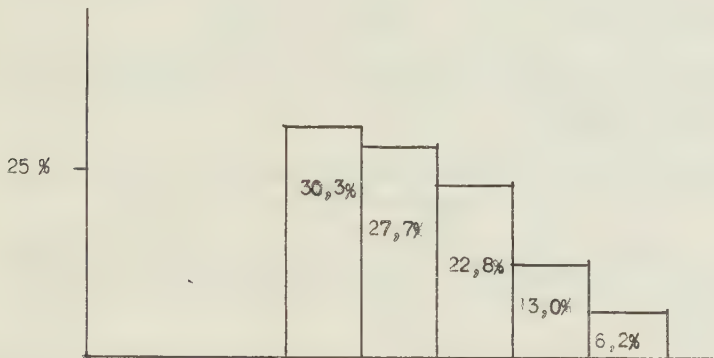


Fig. 18

Kerngruppe Männer

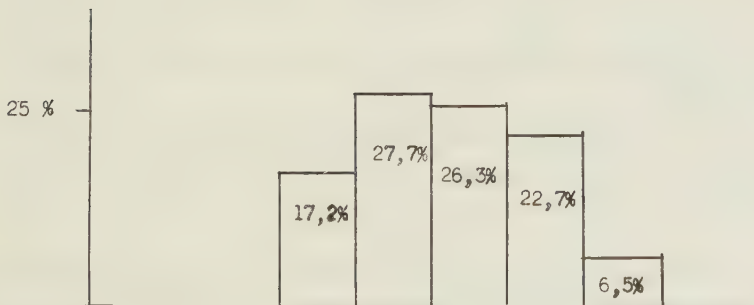


Fig. 19

Randgruppe Männer

Die vergleichenden Übersichten zeigen sowohl bei Frauen wie bei Männern deutlich eine abnehmende Erkrankungshäufigkeit im zunehmenden Alter. Vielleicht wird dieses Bild einerseits bestimmt durch die Reife des älteren Menschen und seine größere Fähigkeit zur echten Verarbeitung der an ihn gestellten Anforderungen, andererseits aber auch durch eine Verarmung an seelischen Reaktionsmöglichkeiten im hohen Alter.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Es wurde in den Jahren 1953/54/55 an der Univ.Nervenklinik München von 3554 Patientinnen im Alter von 30 bis einschließlich 59 Jahren die altersmäßige Verteilung psychoreaktiver Störungen untersucht.

Mit zunehmendem Alter fanden wir eine abnehmende Häufigkeit psychoreaktiver Störungen; 43% 30jährige stehen 35,6% 40jährigen und 21,4% 50jährigen Patientinnen gegenüber.

1. Die Suicidversuche sind bei den 30jährigen mit 60,4% am häufigsten, es folgen die 40jährigen mit 24,6% und die 50jährigen mit 15,0%.
2. Bei den Süchtigen (48,9%, 35,5%, 15,6%) und den reaktiven Depressiven (44,8%, 35,8%, 19,4%) fanden wir ebenfalls abnehmende Häufigkeit bei zunehmendem Alter.
3. Bei den funktionellen psychogenen Störungen lag das Erkrankungsmaximum bei den 40jährigen mit 41,4%; 37,9% 30jährige stehen 20,7% 50jährigen gegenüber.
4. Bei den Neurosen wurden die 30jährigen mit 54,2% wieder am häufigsten gezählt, es folgen die 40jährigen und 50jährigen mit 23,5% und 22,2%.
5. Die Psychopathien nahmen ebenfalls mit zunehmendem Alter ab (45,3%, 33,3%, 21,4%).
6. Die Randgruppe zeigte bei den 40jährigen mit 46,7% das Erkrankungsmaximum, die 30- und 50jährigen sind mit 26,2% und 27,1% etwa gleich stark vertreten.

Die Untersuchung hat gezeigt, daß psychoreaktive Störungen in der Lebensmitte der Frau mit zunehmendem Alter seltener auftreten, wobei der Abfall zwischen den 40- und 50jährigen stärker als zwischen den 30- und 40jährigen ist.

Literaturangaben

- B o s t r o e m, A.: Arch.f.Psychiatr. 107, 169
- B r a u n, E.: Klinik d.Gegenw. Bd. IV
- D o b r o s c h k e, Chr.: Dtsch.med.Wschr. 1955 1184-1185
- H a m p e r l, H.: Lehrbuch d.Pathologie, 20./21.Aufl.
Springer-Verlag, Berlin 1953.
- K a h n, E.: Die psychopathischen Persönlichkeiten,
Handbuch d.Geisteskrankheiten, Bd.V,
Berlin 1928.
- K o l l e, K.: Psychiatrie, 4.Aufl.
Urban & Schwarzenberg 1955
- K r e t s c h m e r, E.: Hysterie, Reflex und Instinkt, 5.Aufl.
Thieme-Verlag, Stuttgart 1948.
- K r e t s c h m e r, W.: Die Neurose als Reifungsproblem,
Thieme-Verlag, Stuttgart 1952.
- L i e p m a n n, H.: Z.Neur. 35, 233 (1916)
- P a n s e, F.: Angst und Schreck,
Thieme-Verlag, Stuttgart 1952.
- R e i s i n g e r, T.: Über die Häufigkeit psychoreaktiver Störungen
bei männlichen u.weibl.Patienten im
Senium u.im Alter von 20-30 Jahren,
Dissertation München 1957.
- S c h l e g e l, D.: Psychoreaktive Störungen bei der Münchner
Bevölkerung in den Jahren 1939-1945,
Dissertation München 1957.
- S t u c k i, A.: Mschr.Psychiatr. 131, 357-367 (1956)
- U l l m a n n, G.: Psychoreaktive Störungen im mittleren
Mannesalter, Dissertation München 1957.

Dem Direktor der Univ.Nervenklinik München,
Herrn Prof. Dr. Kurt K o l l e danke ich an
dieser Stelle für die Genehmigung des Themas und
die Überlassung der Unterlagen für diese Arbeit.

Herrn Priv. Dozent Dr. Ernst-Joachim M e y e r
danke ich für die Stellung des Themas und seine
Anregungen bei der Auswertung der statistischen
Ergebnisse.

Lebenslauf:

Am 28. 9..1930 wurde ich als Sohn der Eheleute Dr. med. Otto Helmich und seiner Ehefrau Hedwig in Essen geboren. In Viersen/Rhld. und Mönchen-Gladbach besuchte ich das Gymnasium. Im Sommer 1952 begann ich an der Universität Würzburg mein Medizinstudium. Im Sommer 1954 legte ich in München die ärztliche Vorprüfung ab. Das Wintersemester 1955/56 studierte ich an der freien Universität zu Berlin. Nach meinem elften Studiensemester meldete ich mich an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München im Herbst 1957 zur ärztlichen Schlußprüfung.

